

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N° 89

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 29 novembre 1901, à 1 heure

Par HENRI AYMÉ

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DE

L'ONGLE INCARNÉ

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. JALAGUIER, professeur.
MAUCLAIRE et GUNÉO, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine. 15

1901

89

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 29 novembre 1901, à 1 heure

Par HENRI AYMÉ

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DE

L'ONGLE INCARNÉ

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. JALAGUIER, professeur.
MAUCLAIRE et CUNÉO, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	N.....
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LANGLOIS	RICHARD
AUVRAY	DUPRE	LAUNOIS	TEISSIER
BESANÇON	FAURE	LEGREY	THIERY
BONNAIRE	GILLES DE LA	LEGUEU	THIROLOIX
BROCA (AUG.)	TOURETTE	LEPAGE	THOINOT
BROCA (ANDRÉ)	GOSSET	MARION	VAQUEZ
CHASSEVANT	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
CUNEO	GUIART	MERY	WALTER
DEMELIN	HARTMANN	POTOCKI	WIDAL
	JEANSELME	RENON	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

Docteur en médecine.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine
de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chirurgien des hôpitaux.

Commandeur de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT
DE
L'ONGLE INCARNÉ

AVANT-PROPOS

Nous ne sommes pas tout à fait de l'avis des auteurs qui prétendent que *l'ongle incarné* ne présente aucune gravité. Sans aller jusqu'à dire que cette affection peut compromettre la vie, nous ne croyons pas trop nous avancer en écrivant que la santé se trouve altérée du seul fait de cette affection que l'on a trop souvent le tort de traiter par le mépris. Sans parler des adénites inguinales de l'angioleucite qui peuvent en être la conséquence et des cas encore plus rares de périostite, nous pouvons affirmer que presque toujours les patients souffrent *physiquement et moralement* assez pour voir leur état général s'affaiblir, leur caractère changer. Nous avons connu une jeune fille dont nous rapportons plus loin l'observation qui,

jusqu'à l'âge de 12 ans avait, par sa constitution robuste et sa santé florissante, fait l'admiration de toutes les personnes qui l'entouraient et qui, à partir du moment où elle commença à souffrir d'un ongle incarné, cessa de manger, devint maussade. Ne pouvant plus participer aux jeux de ses petites compagnes, son caractère s'assombrit au point que sa famille se décida à la faire opérer. Un mois après, l'enfant étant guérie (ou paraissait l'être, car nous verrons qu'il y eut récurrence) et pouvant revivre de sa vie de jeux et d'amusements comme les autres enfants de son âge reprit sa gaieté, retrouva son appétit et en quelques semaines redevint la belle fille d'autrefois. Cet état dura un an environ, mais l'ongle ayant repoussé, et les accidents d'incarnations s'étant reproduits, la même situation critique réapparut et on fut obligé d'avoir recours à une deuxième opération qui, cette fois radicale, ne semble pas devoir être suivie d'une nouvelle récurrence.

Notre intention, dans cette thèse inaugurale, est de montrer ce qu'est l'ongle incarné, d'en faire l'étude étiologique et symptomatologique, mais surtout d'en étudier le traitement. Nous verrons que toutes les méthodes conservatrices employées n'ont jamais donné de résultat sérieux, qu'un demi-traitement chirurgical ne procure qu'un soulagement passager et expose toujours à une récurrence tandis que le traitement chirurgical complet, par l'ablation de l'ongle suivie de l'exécution des parties molles péri-unguéales enflammées, peut seul donner un résultat sérieux,

définitif, est la seule méthode de guérison radicale.

Nous ferons précéder ce travail d'un examen rapide de la constitution anatomique de l'ongle.

Mais avant, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à M. le professeur Tillaux qui a eu la bonté d'accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le Dr Barié, médecin de l'hôpital Laënnec, reçoive ici l'hommage de notre respect, pour ses bons conseils.

Nous remercions également M. le Dr Peyrot, professeur agrégé, chirurgien de Lariboisière, ainsi que M. le Dr Guinard, dont nous fûmes l'élève.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Nous croyons indispensable de donner un aperçu aussi rapide que possible de l'anatomie de l'ongle. Nous nous servirons, en effet, dans le cours de ce travail, de mots ou de dénominations qu'il est nécessaire de faire connaître. Nous le ferons du reste aussi succinctement que possible. •

On donne le nom d'ongles à une production épidermique qui recouvre la face dorsale de la dernière phalange des doigts et des orteils.

Les ongles ont normalement la forme d'écailles dures, tout en restant flexibles et élastiques. Ils ressemblent à de la corne durcie transparente. Ils sont des productions de même nature que les poils de l'homme, les plumes des oiseaux, les écailles des reptiles et des poissons. Ce sont tous des appendices de la peau, dissemblables en apparence, mais qui en réalité ont la même origine, la même structure et les mêmes propriétés (Humbert).

Ils s'implantent dans le derme qui les supporte et les nourrit et ont une longueur qui correspond au $\frac{4}{5}$ environ de la phalange. Par leur développement ils dépassent bientôt cette phalange mais il est d'usage de les couper.

L'ongle présente la forme d'un segment de cylindre à convexité postérieure variable. Normalement, cette convexité est très peu marquée ; elle peut, dans certains cas pathologiques, s'accentuer et acquérir une valeur séméiologique à laquelle on a donné une certaine importance : l'*ongle hypocratique* par exemple.

La surface de l'ongle est lisse, brillante, polie. Sa couleur est ordinairement blanche, nacrée, mais elle est teintée par celle du derme sous-jacent. Près de la racine cependant, il existe un petit espace, légèrement arrondi, désigné sous le nom de *lunule* et qui est moins foncé que le reste de l'ongle. Sa teinte est opaline. La lunule peut faire défaut.

On distingue à l'ongle trois parties : la racine, le corps et l'extrémité libre.

La *racine* est la partie qui s'enchaîne sous le derme. Elle est d'une consistance moins dure que le corps de l'ongle et ne paraît pas adhérer au derme avec autant de force qu'on serait porté à le croire en examinant l'ongle au niveau du repli de la peau.

Le *corps de l'ongle* dont nous avons donné les principaux caractères de forme, de couleur, etc. présente sur sa face convexe des stries longitudinales, tandis que sa face concave, qui est fortement adhérente au derme sous-jacent, est recouverte de petites crêtes qui correspondent aux saillies des papilles sous-unguéales.

L'*extrémité libre* qui n'est que la continuation du corps de l'ongle, tend à s'accroître et si on ne la coupait de temps en temps prendrait bientôt la forme de

griffe en se repliant en dedans de la paume de la main ou de la plante des pieds.

La partie de l'ongle la plus épaisse est au centre, l'épaisseur va en diminuant vers les bords latéraux et la partie postérieure.

L'ongle est produit par le derme unguéal que l'on divise en derme *sus-unguéal*, derme *sous-unguéal* et entre les deux existe une *rainure* qui joue un grand rôle dans la formation de l'ongle incarné.

C'est à cette rainure formée par le repli du derme, s'adossant à lui-même, que l'on donne le nom de *matrice de l'ongle*. Cette matrice, pour certains auteurs, ne se limite pas à la partie cachée sous le derme réfléchi, mais bien à toute la partie postérieure blanche ou semi-lunaire du derme sous-unguéal. Cette rainure rétro-unguéale très profonde en arrière, s'efface peu à peu sur les côtés et finit par disparaître en avant.

Nous ne pouvons entrer dans la description anatomique complète de la structure de l'ongle ou du derme unguéal, qu'il nous suffise de dire que le derme possède de nombreux vaisseaux ; que les vaisseaux lymphatiques y sont très nombreux et que cette abondance de vaisseaux lymphatiques explique la fréquence des lymphangites à la suite des gercures ou des excoriations, conséquence de l'incarnation de l'ongle ; qu'enfin il y a une très grande quantité de terminaisons nerveuses ce qui explique la sensibilité extrême dès que l'on veut essayer de soulever un ongle ou que par accident on se l'arrache.

Mais ce qui est plus important pour le sujet de notre thèse, c'est l'étude des rapports qui existent entre l'épiderme, le derme unguéal et l'ongle lui-même. Nous continuons à emprunter au travail de M. G. Humbert cette partie de chapitre que nous citons *in-extenso* et qui tout en expliquant les rapports qui existent entre ces diverses parties de l'appareil unguéal nous montrent bien quelle est la nature exacte de l'ongle.

« Voici comment, de nos jours, la plupart des auteurs envisagent la continuité de l'épiderme et de l'ongle : le corps muqueux de Malpighi suit le trajet du derme sus-unguéal et se réfléchit avec lui ; au niveau de la rainure unguéale, il va se confondre avec la couche muqueuse de l'ongle. La lame cornée de l'épiderme, après avoir tapissé la face libre du derme sus-unguéal, le déborde et se prolonge seule sur le dos de l'ongle dans l'étendue d'un millimètre environ, plus ou moins suivant que l'on s'oppose ou non à son développement. Ensuite elle se réfléchit : d'abord adossée à elle-même, elle forme ce petit liseré transparent, concentrique, au repli cutané (périonyx, Arloing), qui est si souvent le siège de gercures et d'excoriations ; enfin elle rejoint la face inférieure du derme sus-unguéal, rencontre la racine de l'ongle, lui adhère et disparaît.

Sur les côtés, la lame cornée s'unit de la même manière aux bords latéraux de l'ongle avec lesquels elle se confond. En résumé, les deux feuilletts de l'épiderme se continuent l'un et l'autre avec l'ongle

dans lequel ils conservent, malgré leur changement d'aspect, leurs rapports, leurs caractères fondamentaux et leurs principales propriétés. Telle est l'opinion généralement adoptée aujourd'hui. Sappey, cependant, ne la partage pas entièrement.

Pour lui, l'ongle ne représente dans toute son épaisseur que la couche muqueuse de l'épiderme, dont les cellules, à mesure qu'elles s'élèvent vers la superficie, s'aplatissent, se tassent, deviennent dures et cornées. Toutes les cellules unguéales, en effet, à quelque couche qu'elles appartiennent, possèdent un noyau entouré de fines granulations. Or ce noyau caractéristique des cellules du corps muqueux de Malpighi, fait totalement défaut dans celles de la lame cornée de l'épiderme. C'est pourquoi Sappey considère cette lame comme n'ayant point d'analogue dans l'ongle et ne prenant aucune part à sa constitution. Selon Ranvier, la persistance des noyaux dans les cellules unguéales s'explique par ce fait, signalé plus haut, que la couche granuleuse de l'épiderme n'est représentée dans aucun des divers plans dont l'ongle se compose.

En effet, les cellules de cette couche renferment des granulations spéciales qu'il nomme granulations d'*éléidine* lesquelles déterminent l'atrophie du noyau et plus tard la desquamation épidermique, phénomènes qu'on n'observe pas au niveau des ongles.

Quelle que soit la valeur de ces distinctions, elles ne constituent qu'une variante dans l'interprétation d'un fait qui, au fond, reste le même. Aussi pouvons-

nous conclure, conformément à ce que nous disions au début de cette étude, que les ongles sont de véritables formations épidermiques et que l'appareil unguéal, dans son ensemble, n'est autre chose qu'une dépendance de la peau.

Une autre question aussi nous intéresse puisqu'elle a trait à la régénération de l'ongle, après l'opération incomplète de l'ongle incarné. Nous empruntons au même auteur ce qui suit.

La régénération des ongles est de règle à la suite des affections traumatiques ou autres qui déterminent leur chute ; mais elle ne s'opère pas toujours de la même manière et ses résultats sont loin d'être identiques. Il suffit de se rappeler le mode d'accroissement normal des ongles pour se rendre compte de ces différences. Tant que la matrice demeurera intacte, l'ongle se reproduira dans son intégrité. Il conservera en effet la propriété de s'accroître en longueur, de se renouveler, et s'il est quelquefois irrégulier, inégal, au début de sa nouvelle formation, il reprendra peu à peu tous ses caractères habituels. Quand la matrice est détruite en partie seulement, il se développe un ongle partiel dont la largeur répond à celle de la surface lunulaire demeurée saine ; quand celle-ci au contraire, a complètement disparu, l'ongle nouveau n'est plus représenté que par des lamelles irrégulières, nées du derme sous-unguéal et qui n'ont guère de tendance à se réunir en couche continue ; par leur agglomération elles constituent moins un ongle qu'une sorte de corne rugueuse, bos-

selée, qui peut s'épaissir, mais ne s'allonge jamais. Enfin lorsque la matrice et le derme unguéal ont disparu l'un et l'autre, on n'observe aucune reproduction de l'ongle ni même d'un vestige de cet organe. C'est pourquoi, après l'arrachement d'un ongle incarné, il est d'usage de les abraser largement pour prévenir toute chance de récidence.

Cependant on a vu des ongles, plus ou moins rudimentaires il est vrai, se former de toutes pièces sur des points où la peau n'a aucune aptitude à leur donner naissance. Ancel rapporte quelques observations d'ongles nouveaux développés sur la seconde phalange et même sur la première après l'ablation des deux autres. Ces faits exceptionnels ne peuvent guère être signalés qu'à titre de curiosité scientifique, car nous ignorons absolument en vertu de quelle transformation le derme peut acquérir en certains points, les propriétés de tissu nécessaires à la reproduction de la substance cornée.

ÉTIOLOGIE

On donne le nom *d'onyxis* à l'inflammation du derme péri-unguéal, et le nom *d'onyxis latérale* ou *d'ongle incarné* à cette dermite qui siège sur les bords latéraux de l'ongle.

Cette inflammation peut être localisée au fond du lit de l'ongle et n'être caractérisée que par une légère ulcération ou même une simple fissure de cette région qui constitue le fond du cul-de-sac entre le derme sous-unguéal et le derme sus-unguéal. Mais le plus souvent, lorsque des soins attentifs et minutieux n'ont pas été donnés dès le début, cette inflammation devient chronique, la fissure s'agrandit, des fongosités apparaissent sur les parties molles enflammées et la *dermite unguéale latérale chronique ulcéro-fongueuse* ou plus simplement l'ongle incarné, cet accident qui pour nous doit toujours ressortir de la chirurgie, se trouve constitué.

Les autres régions péri-unguéales peuvent également s'enflammer et former une onyxis rétro-unguéale ou sémi-lunaire ; le derme sous-unguéal, peut lui aussi être le siège d'une poussée inflammatoire ou ulcéreuse soit primitivement, soit par propagation, mais

ces deux variétés d'onyxis ne retiendront pas notre attention. Nous voulons nous limiter à l'ongle incarné classique, à celui que tout le monde a pu observer.

Il se développe sur les gros orteils. C'en est que très rarement et toujours sous la dépendance d'une cause générale qu'on a pu l'observer sur les autres orteils.

Les deux bords peuvent se prendre à la fois. Souvent cependant un seul se trouve atteint et dans ce cas nous croyons que le bord externe est le plus souvent le siège de l'ulcération. La raison en est dans la pression qu'exerce sur ce bord, l'orteil voisin qui, plus petit, tend à refouler de dehors en dedans et de bas en haut le rebord charnu correspondant du gros orteil. Cet accident est favorisé par la contre pression exercée de l'autre côté par l'extrémité de la chaussure, contre pression si malencontreusement augmentée par le port des chaussures à bouts pointus.

Cette double pression en sens inverse tend à déformer l'ongle, à le rendre convexe et par conséquent à le faire s'enfoncer par ses bords dans le pli latéral au moment où, par la marche, la chaussure exerce sur lui une pression verticale.

Les auteurs signalent avec raison, une cause assez importante de l'incarnation de l'ongle, c'est l'habitude que l'on a, que les pédicures, ces pseudo-praticiens dangereux dans bien des cas entretiennent dans leur ignorance et leur désir de tout sacrifier à la mode et la beauté ; nous voulons parler de la sotte habitude de couper les ongles en arrondissant leur bord antérieur.

Il est bien certain que les deux extrémités de cette section viendront se loger sous les replis des parties molles latérales et faciliteront beaucoup l'incarnation de cet ongle mal coupé ou devenu tranchant par une section dont les bords ne seront que rarement parallèles. La pression de la chaussure ne fera qu'augmenter la facilité de pénétration et conséquemment la production de l'onyxis latérale.

Mais il est une autre façon de couper l'ongle qui, à notre avis, plus que toute autre, contribue à créer l'onyxis latérale chronique. Quand une personne commence à souffrir de la pression des bords de son ongle sur les parties molles qui l'entourent, elle ne trouve rien de mieux que de se faire donner un coup de ciseaux sur le bord, cause de la souffrance. Momentanément il y a soulagement, mais comme le coup de ciseaux ne s'est pas étendu jusque sous le repli du derme, il est resté sous celui-ci une pointe formant avec la section un angle plus ou moins aigu qui forme dans le sillon péri-unguéal une sorte d'hameçon *qui ne pourra faire* autrement, au moment où l'ongle poussera que de s'enfoncer dans la chair.

La proposition de Velpeau qui dit que « l'ongle est une épine » est dans ce cas tout à fait vérifiée. On pourra, il est vrai, amender encore la situation par une nouvelle section, mais le même errement se reproduisant, la même épine et par suite la même blessure se reproduira et l'ulcération s'établira forcément et définitivement. Cette cause d'incarnation de l'ongle n'est signalée dans aucun auteur. Mais nous

l'avons remarquée souvent, et, à notre avis, elle a une telle importance que nous croyons que dans nombre de cas elle est la cause d'ulcérations chroniques qui ne se seraient jamais produites si le malade avait su supporter une légère douleur et ne s'était pas fait mutiler un ongle qui est, dès lors, fatalement condamné à être enlevé.

L'âge paraît jouer un certain rôle. Il est bien certain qu'on l'observe rarement chez l'enfant et peu souvent chez le vieillard et même chez l'adulte. Gosselin donne, comme âge moyen, de 15 à 20 ans. « L'adolescence, dit-il, est l'âge de prédilection de l'ongle incarné. Il est difficile d'en saisir la cause : Je présume qu'il faut faire intervenir leur croissance rapide par suite de laquelle l'ongle prend, par rapport à la peau qu'il circonscrit, une largeur un peu trop grande, ou par suite de laquelle l'orteil se trouvant pressé dans des chaussures devenues trop étroites, parce que les conditions pécuniaires ne permettent pas de les remplacer à temps, le bord inguéal appuie trop sur le repli cutané devenu malade ».

Nous citons, dans nos observations, deux cas, cependant dans lesquels l'ongle incarné s'est montré et a évolué avant la 14^e année. Il est vrai que dans l'un des deux, la petite patiente était une jeune fille ayant grandi très vite ce qui donnerait raison à la théorie de Gosselin.

Nous devons constater toutefois que contrairement au chirurgien de la Charité, nous avons observé l'ongle incarné plus souvent chez des jeunes filles ou des

femmes que chez des hommes. Il est vrai qu'à notre époque, plus qu'à celle de Gosselin peut-être, la mode dont les femmes sont esclaves, les ont poussées à abuser de la chaussure petite et pointue. Car il faudra toujours en arriver là. La cause locale est primordiale dans la production de l'ongle incarné.

La façon de se couper les ongles, les soins de propreté, la forme des chaussures, sont les trois facteurs principaux de cette affection qui tendrait à devenir une infirmité. Dionis n'a-t-il pas signalé l'absence d'ongle incarné chez les religieux qui, marchant avec des sandales, ont le gros orteil découvert et libre? N'a-t-on pas observé que ce sont les gens de la classe pauvre, ouvrière, qui usant le moins fréquemment du bain de pieds, marchant et se fatiguant le plus n'ayant pas toujours des chaussures à leurs *pointures*, faites pour eux, n'a-t-on pas observé, disons-nous que ce sont ces déshérités de la fortune ou ces victimes de leur position sociale qui sont le plus souvent porteurs d'ongles incarnés?

Les causes générales de l'incarnation de l'ongle ne sont pas suffisamment nettes pour qu'on puisse en tenir compte. Gosselin dans ses Cliniques raconte qu'il a vu « sur des sujets de tout âge l'ongle s'incarner dans la convalescence d'une maladie aiguë ou dans le cours d'une maladie chronique, dans des conditions, en un mot, où il n'y avait à faire intervenir ni la croissance, ni la marche, ni même la fatigue de la station verticale prolongée ». Mais les causes générales sont inappréciables. La scrofule, elle-même

que l'on a incriminée, ne peut pas être retenue.

Il est cependant des causes prédisposantes qu'il ne faut pas omettre de signaler. Ce sont, par exemple, certaines affections du derme péri-unguéal telles que les sueurs des pieds ou érythème humide, l'herpès, la tourniole qui, lorsqu'elles ne sont pas bien soignées ou entretenues par un défaut de propreté peuvent faciliter la production de l'inflammation avant-coureur du bourrelet fongueux.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons dans les chapitres précédents fait entrevoir que dans l'onyxis latérale, même chronique, l'ongle n'était pas, ne pouvait pas être malade parce que n'étant le siège d'aucune vascularisation propre, il ne pouvait s'enflammer. Il ne peut, pour la même raison, être sensible. Il n'est pas malade. Ce sont les parties qui le recouvrent qui l'environnent qui sont malades et qui sont sensibles. Mais ces parties sont malades *par l'ongle* qui les presse, qui les irrite, qui les déchire.

Le premier résultat de ces lésions est *la douleur* d'abord légère et qui n'apparaît au début de l'affection qu'à la fin de la journée, après une marche ou à la suite d'une longue station debout. Cette douleur s'atténue après une nuit de repos, mais pour reparaître bientôt si les mêmes conditions se reproduisent à la longue, et malgré le repos, la douleur persiste et l'on voit apparaître vers l'extrémité antérieure de la rainure unguéale un peu de gonflement et de rougeur.

Ce gonflement, cette rougeur, cette douleur sont les trois symptômes de l'apparition d'une ulcération

compliquée bientôt d'un petit abcès qui crève et laisse échapper un pus fétide et est le point de départ d'un léger suintement séro-purulent qui ne se tarira plus, tant que la guérison ne sera pas complète. Le derme se tuméfie de plus en plus et il se forme sur la région cruante un bourrelet à fongosités sanieuses tout à fait caractéristiques.

Les douleurs atteignent alors un degré intense. Chaque pas, chaque choc du pied par terre ou contre un corps dur les exaspèrent. La marche devient impossible et le moral s'affecte.

Le bourrelet fongueux peut marquer le point de départ d'un lymphangite qui peut gagner le membre inférieur tout entier. Les malades ont alors de la fièvre et d'une affection sans danger on voit, très rarement heureusement, sortir une maladie grave.

Nous n'insistons pas sur ces complications que nous voyons signalées mais que nous n'avons jamais observées. Elles sortent du domaine de l'intervention localisée à l'ongle du gros orteil, et c'est le seul point qui nous intéresse en ce moment.

Disons toutefois, avant d'aborder le chapitre du traitement que l'ongle incarné est une affection « sans danger, mais gênante, douloureuse, tenace et qui n'a aucune tendance à la guérison spontanée ».

TRAITEMENT

Il ne nous est pas possible de rapporter dans un travail comme celui-ci tous les modes de traitement qui ont été préconisés contre l'ongle incarné. Nous en ferons connaître cependant un certain nombre que nous discuterons. Mais nous croyons devoir exposer quelle serait notre conduite si nous étions consultés pour cette affection.

Nous diviserons donc ce chapitre en trois parties. Dans la première nous verrons quel est le traitement prophylactique ; dans la deuxième, quels sont les résultats que peut donner le traitement exclusivement médical, enfin dans un troisième et dernier, nous exposerons les divers procédés opératoires qui ont été mis en usage en faisant connaître notre opinion sur chacun d'eux et celui que nous adoptons :

Traitement prophylactique. — Ce traitement devrait être le seul employé. S'il est vrai qu'en médecine il vaut mieux prévenir que guérir, cela est surtout vrai pour l'ongle incarné, qui toujours pourrait être évité si l'on observait toujours les précautions d'hygiène du pied.

Il faut couper l'ongle *carrément*, en évitant avec

soin d'en arrondir la section sur les bords latéraux; et surtout de chercher à couper la partie de l'ongle qui latéralement tend à s'infiltrer sous les chairs. Dans le chapitre de l'Étiologie nous avons donné la raison que font de ce mode de section la plus grande cause productrice de souffrance; les soins de propreté minutieuse sont indispensable, les bains de pieds ayant le double avantage de rendre la peau plus flexible, moins friable, et d'en empêcher l'infection lorsqu'une ulcération s'est malgré tout produite. Dans ce cas, il faut joindre, aux soins de propreté d'autres précautions telles que: éviter la marche, la fatigue, la station debout longuement prolongée. Mais une précaution que nous ne saurions trop recommander c'est celle qui consiste à faire porter aux enfants dès leur bas-âge et aux adultes prédisposés des chaussures à bouts larges, carrés, proscrivant d'une façon absolue les chaussures à bouts pointus.

Dans bien des cas, dans tous les cas pourrions-nous dire, si ces soins préventifs sont pris assez tôt, l'incarnation de l'ongle sera évitée.

Traitement médical. — Le traitement consiste à glisser entre l'ongle et le bourrelet cutané un corps étranger ayant pour but de les isoler; ou d'y mettre un topique dont l'effet sera de cautériser l'ulcération et d'en faciliter la cicatrisation.

Plusieurs moyens ont été préconisés, mais, disons-le de suite, aucun ne donne des résultats satisfaisants.

On glisse avec une spatule de la ouate ou de la gaze antiseptique dans le sillon unguéal, en ayant soin

de faire pénétrer jusqu'aux limites de l'ulcération.

Ou bien, au lieu de ouate ou de gaze on introduit une lame métallique, en fer blanc (Detault) ou de plomb (Boyer), ou une éponge préparée (Bonnet de Lyon), ou un mastic collodionné (Guyot).

D'autres auteurs, au lieu d'agir sur l'ongle, s'efforcent de détruire les parties molles soit en les excitant au fer rouge, soit en les touchant avec des caustiques plus ou moins énergiques, nitrate d'argent, potasse, nitrate, acide de mercure.

M. Monod préconise surtout la cautérisation avec le nitrate d'argent, il mouille les parties malades, il promène lentement et profondément le crayon de nitrate d'argent dans le sillon ulcéré et les fongosités. On cautérise pendant 3 ou 4 jours et lorsqu'une eschare s'est produite, le malade, dit M. Monod, peut être considéré comme guéri.

Nous avons dit ce que nous pensions de cette façon de trancher l'ongle incarné.

Traitemment chirurgical. — Nous faisons maintenant un exposé rapide de certaines méthodes de traitement chirurgical. Nous ne pouvons, ni ne voulons toutes les citer. Nous ne donnons que celles qui nous ont paru avoir un caractère original et qui sont les plus généralement employées.

Enfin nous les faisons suivre du procédé que nous conseillons et qui est, à notre avis, bien supérieur aux autres, parce que plus complet, plus radical et jamais suivi de récurrence.

PROCÉDÉ LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Laver le pied avec de la décoction de Panama, puis avec une solution phéniquée à 5 pour 100 :

Faire l'anesthésie locale.

Arracher l'ongle et exciser les bourrelets.

Faire un nouveau lavage avec la solution phéniquée.

Appliquer ensuite de la ouate salicylée, imprégnée de :

Acide borique. 2 gr.

Vaseline. 10 —

Saupoudrer par dessus avec de l'iodoforme.

Mettre ensuite un peu de ouate salicylée, puis de la ouate ordinaire.

Laisser ce pansement jusqu'à guérison.

PROCÉDÉ QUÉNU

Après avulsion de l'ongle, faire une incision transversale tangente à la lunule et située à sa partie antérieure. Cette première incision dépasse légèrement de chaque côté les bourrelets fongueux. Des extrémités de cette incision, faire partir deux autres incisions antéro-postérieures longitudinales, d'une longueur de 2 centimètres environ, prolongeant pour ainsi dire sur la face dorsale de l'orteil les bords latéraux de l'ongle.

Pratiquer alors, au fond de la gouttière unguéale, dont on soulève la lèvre superficielle avec une pince, une nouvelle incision transversale qui, avec la première incision et les extrémités des deux incisions

longitudinales, forme un rectangle circonscrivant toute la matrice de l'ongle que l'on résèque.

Il n'est pas utile, pour éviter toute récédive, d'enlever le lit de l'ongle. Les parties rétro-lunulaires et lunulaires constituent seules la matrice de l'ongle, des cellules du derme sous-unguéal, situées en avant du bord antérieur de la lunule, ne concourant pas à la formation du limbe cornéal.

PROCÉDÉ DESPRÈS.

Desprès conseille de prendre une pince à artère nickelée, c'est-à-dire toujours lisse, à mors plats et minces à la pointe et un peu arrondis à la base, et d'introduire un des mors sous l'ongle et de le pousser vivement jusqu'à la lunule de l'ongle que l'on dépasse un peu ; puis fermer le verrou de la pince, et relever la pince, l'ongle soulevé est ensuite tordu de gauche à droite et il vient avec la pince. L'opération dure 10 secondes au plus, et 5 secondes en général, quand l'ongle est solide et n'a pas été trop travaillé antérieurement par des praticiens, il coule à peine quelques gouttes de sang.

Desprès fait toujours suivre l'opération d'une cauterisation au nitrate d'argent.

PROCÉDÉ FOLLIN.

Après avoir anesthésié la partie malade à l'aide d'un mélange réfrigérant de glace et de sel marin, on trace, quatre incisions qui comprennent avec les

chairs fongueuses une languette plus ou moins large de l'ongle et du derme sous-unguéal. Une petite incision transversale à 5 millimètres en arrière du repli qui recouvre la racine de l'ongle, forme la partie postérieure de ce quadrilatère, dont le bord antérieur répond à la partie libre de l'ongle. Les deux incisions latérales sont tracées l'une au-delà du bourrelet des chairs fongueuses, l'autre sur l'ongle même, à une distance variable du milieu de cet ongle.

Il faut avoir soin de disséquer le lambeau assez profondément pour ne pas laisser dans la plaie des fragments du derme sous-unguéal. Du reste, on se contente souvent de n'enlever qu'une bandelette du derme de un à deux millimètres de largeur.

PROCÉDÉ DE M. GUYON

Voici en quoi consiste le procédé de M. Guyon, que nous ne pouvons mieux faire que de reproduire *in extenso* d'après le *Bulletin de la Société de Chirurgie* de l'année 1862.

« M. Guyon a substitué à l'arrachement de l'ongle incarné ou à la destruction des parties molles par le bistouri ou le caustique une opération qui permet d'arriver à la guérison, en laissant la région malade dans des conditions qui se rapprochent beaucoup de l'état normal. Le bourrelet des parties molles sur lequel siège l'ulcération est, non pas enlevé, mais déplacé et étalé. Pour cela, M. Guyon fait, à chaque extrémité de ce bourrelet deux incisions transversales

qui sont ensuite réunies par une incision longitudinale. Le bourrelet devient ainsi un lambeau quadrilatère libre par le côté qui correspond à l'incision longitudinale, adhérent par le côté opposé, ayant une face supérieure qui correspond au sillon ulcéré, une face profonde saignante. Le lambeau une fois taillé, on enlève sur l'orteil un copeau de parties molles et on obtient ainsi une autre surface saignante sur laquelle on applique la face profonde du bourrelet. Celui-ci est fixé à son côté externe par trois sutures métalliques ; il est ainsi tendu et étalé, de façon que le sillon inférieur soit effacé entièrement. Le bord de l'ongle n'y exerce plus, dès lors, aucune pression et l'ulcération se guérit d'elle-même ».

M. Guyon a présenté à la Société de Chirurgie, en 1862, un malade opéré avec succès par ce procédé. En 1868 M. Cruveilhier a employé deux fois le procédé de M. Guyon mais les deux fois l'opération fut suivie de gangrène. C'est là évidemment le grand écueil qu'il faut éviter, mais qui le plus souvent est inévitable. Le lambeau est en effet trop aminci et son point d'attache avec le derme sous-unguéal est trop enflammé, trop fongueux pour que l'on puisse espérer une vitalité suffisante et une cicatrisation régulière.

PROCÉDÉ DE M. TH. ANGER

Le procédé de M. Th. Anger présente certains avantages.

Il est ainsi décrit :

« L'orteil solidement fixé de la main gauche, le bistouri est plongé perpendiculairement, immédiatement au dehors du bourrelet fongueux, à quelques millimètres en arrière du niveau de la matrice. Cette transfixion peut se faire, soit de la face supérieure à la face inférieure, soit inversement. La lame tournée en avant, on taille ainsi un lambeau externe, formé par toute la partie latérale saine de la pulpe ; on fait tenir ce lambeau écarté, puis le bistouri est de nouveau porté au fond de l'incision, et d'un seul coup, on enlève portion charnue, bord unguéal incarné et la partie de matrice correspondante, on applique aussitôt le lambeau externe contre la surface saignante et on le maintient en contact au moyen de petites bandelettes. Un pansement ouaté complète ce procédé rapide, comme exécution et comme suites et aussi radical que possible.

Huit à dix jours suffisent pour amener une guérison complète.

PROCÉDÉ DE DUPUYTREN

Le procédé de Dupuytren est le plus généralement adopté. Il a un grand nombre de partisans à cause de son extrême rapidité, mais il n'est certainement pas aussi indolore que l'on a voulu le prétendre, après Dupuytren lui-même. Voici comment ce chirurgien l'explique :

« J'engage sous la partie moyenne du bord libre de l'ongle, la pointe d'une branche de ciseaux droits, solides et bien affilés. Je la fais glisser par un mou-

vément rapide jusqu'à la racine et divise d'un seul coup cette partie en deux moitiés à peu près égales. Saisissant alors une pince à disséquer, j'arrache successivement et brusquement, les deux moitiés de l'ongle en les enroulant sur elles-mêmes, de dedans en dehors ».

PROCÉDÉ DE LONG.

Ce procédé consiste à arracher l'ongle par sa partie postérieure. On passe sous la peau de la racine de l'ongle, l'extrémité plate d'une spatule et on la glisse sous l'ongle en la faisant basculer, lorsque cet instrument est passé sous l'ongle, on ramène en avant l'instrument.

Mais avec ce procédé on déchire le plus souvent l'ongle au lieu de l'arracher, et il faut se servir de pince pour terminer l'arrachement. Il est beaucoup plus long et fait beaucoup plus souffrir que les procédés dont nous avons déjà parlé.

Nous avons, au sujet de chacun des traitements que nous avons énumérés, dit ce que nous en pensons. Nous avons fait observer que le traitement prophylactique seul peut donner un résultat en empêchant la production de l'ongle incarné, mais nous avons fait remarquer, qu'une fois le mal produit, aucun des traitements médicaux, c'est-à-dire conservateurs, n'était utile, que même, parmi les traite-

ments chirurgicaux, aucun ne pouvait assurer la guérison complète parce que tous étaient incomplets.

Le procédé que nous proposons n'est pas absolument nouveau dans toutes ses parties, mais dans son manuel opératoire il nous paraît *plus complet, plus radical*.

Voici donc le traitement que nous conseillons :

Et d'abord nous proscrivons d'une façon absolue l'anesthésie générale par le chloroforme. Sans rappeler les dangers que fait courir la chloroformisation les observations sont assez nombreuses de malades succombant sous l'action du chloroforme, pour que nous déconseillions de l'employer pour une opération qui ne dure ou peut ne durer qu'une demi-minute au plus. Nous ne déconseillons également l'opération sans anesthésie locale, comme le faisait Desprès. Il est assez plaisant de dire qu'elle n'est pas plus douloureuse qu'une avulsion dentaire. Ce n'est déjà pas une mince douleur et puis il est peu raisonnable en dehors même de la plus grande facilité opératoire que l'on obtiendra en lui enlevant toute sensibilité, de faire souffrir son patient alors que l'on peut s'en dispenser, mais nous abandonnons complètement la congélation avec le mélange réfrigérant ou avec le chlorure d'éthyle. L'anesthésie n'est jamais complète et si le malade souffre peu pendant l'opération, il a quelquefois une journée très pénible à passer lorsque, la réaction se produisant, le sang afflue dans les régions d'où le froid l'avait momentanément chassé.

Nous préférons de beaucoup l'anesthésie par la cocaïne et pour la faire nous nous servons d'une solution au cinquantième. Cette solution peut paraître un peu forte, mais elle a un avantage, c'est de permettre d'injecter une quantité suffisante de cocaïne sous un petit volume. En effet la région où on va l'injecter est peu fournie en parties charnues et, avec une solution moins forte, il serait nécessaire d'avoir recours à une quantité de liquide plus considérable, ce qui serait douloureux et difficile. Avec la solution au cinquantième, au contraire, une simple seringue de Pravaz suffira pour pratiquer les trois injections que nous conseillons de faire.

On en fera deux dans l'épaisseur des deux bourrelets latéraux et une troisième dans le derme rétro-unguéal.

Chaque injection représentera donc le tiers d'une seringue de Pravaz. La troisième, c'est-à-dire celle que l'on fera au niveau de la matrice de l'ongle, nous semble surtout utile.

Pour éviter l'hémorrhagie qui pourrait gêner au moment de l'opération, nous conseillons de serrer l'orteil à sa naissance au moyen d'un caoutchouc.

Cette constriction aura également l'avantage de rendre plus durable l'effet de la cocaïne. Ces précautions prises, on introduit sous l'ongle un instrument plat quelconque, une spatule par exemple, et on l'enfonce, en évitant toute déchirure du derme sous-unguéal, jusqu'à la partie la plus profonde de la matrice. Lorsqu'on est certain d'être

arrivé à ce niveau, le pouce de la main droite étant appliqué sur l'ongle, il suffit d'un tour de main pour *décortiquer* l'orteil et faire sauter l'ongle.

On peut également si l'on n'a pas à sa disposition de spatule se servir d'une branche de ciseaux que l'on enfonce comme nous venons de le dire, jusqu'au fond de la matrice unguéale. Ceci fait, on articule les deux branches du ciseau, et relevant la branche introduite sous l'ongle, on coupe ce dernier, dans toute son étendue, en deux parties dont le bord postérieur dépassera en arrière, par conséquent, la limite d'un 1/2 centimètre environ. La décortication de l'orteil se fera en deux temps et les deux portions de l'ongle représenteront les deux élytres d'un hammeton.

Cette deuxième méthode est peut-être un peu plus longue, mais elle a l'avantage de rendre l'énucléation plus facile. Du reste, le premier temps de l'opération, *l'arrachement de l'ongle*, n'est pas pour nous le temps le plus important et nous n'attachons à son manuel opératoire qu'une importance relative. Pour nous le deuxième temps, *la libération des parties molles* et surtout *la destruction de la matrice unguéale* doit attirer davantage notre attention.

Une fois l'ongle enlevé, il est indispensable de détruire la matrice unguéale si l'on veut que l'ongle ne repousse pas. Dans les observations que nous rapportons plus loin, on verra que c'est l'absence de cette précaution qui le plus souvent a été cause de la récurrence.

On décrit avec un bistouri une ligne demi-courbe,

portant sur toute la région rétro-unguéale à environ 6 à 7 millimètres de la partie postérieure visible de l'ongle. Cette ligne se prolonge à ses deux extrémités par deux lignes horizontales se dirigeant en avant et dépassant les bords latéraux de l'ongle. Il est indispensable pour augmenter la rapidité de l'opération, que ces deux incisions latérales et parallèles dépassent assez les rebords latéraux de l'ongle, pour que les parties fongueuses soient entièrement circonscrites. Une fois cette grande incision en U à convexité postérieure terminée, on dissèque toutes les parties molles qu'elle comprend, en ayant soin de ne pas oublier le repli profond du derme sous-unguéal. Pour plus de précautions, et pour être certain d'avoir bien détruit la matrice, on peut passer légèrement la lame rougie d'un couteau du thermo-cautère.

Si les bords latéraux étaient par suite de la conformation naturelle du pied ou par suite de sa déformation par l'ongle incarné, trop développés, il serait bon de les diminuer en en enlevant une certaine épaisseur que l'on recouvrirait avec la peau que l'on aurait eu soin de disséquer avec précaution.

Un simple pansement antiseptique et compressif termine l'opération.

La description de cette opération est un peu longue, mais il est facile pour un praticien de se rendre compte que les différents temps en sont presque simultanés et très rapidement exécutés. Ils sont dans tous les cas terminés longtemps avant que l'anesthésie locale ait cessé d'exister. C'est là le point essentiel.

Nous n'avons jamais vu de récurrence toutes les fois que l'ongle a été enlevé par ce procédé.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent nous sont toutes personnelles, c'est-à-dire que, intéressé par cette question nous avons recherché, parmi nos amis, ceux qui avaient eu un ongle incarné et qui en avaient été opérés ; trois cependant nous ont été fournis par les mêmes amis qui les avaient recueillies soit : une dans un service hospitalier, et deux autres auprès de personnes de leur connaissance. Nous avons avant tout noté les procédés employés et nous sommes arrivé aux conclusions suivantes qui forment comme une petite statistique qui nous paraît présenter un certain intérêt.

Sur 10 cas que nous relatons 2 cas n'ont pas été opérés, et grâce aux soins prophylactiques que nous avons énumérés n'ont pas été suivis d'accidents nécessitant une intervention. Les 10 autres cas ont été opérés ou soignés *médicalement*. Deux cas ont été soignés par simples pansements. Il n'y a eu aucun résultat satisfaisant avant une intervention radicale.

Dans deux autres cas opérés chirurgicalement, il y a eu récurrence mais dans aucun de ces deux derniers

cas, il n'y avait eu destruction de la matrice inguëale.

Enfin dans les 4 cas dans lesquels cette précaution a été prise, il y a eu guérison complète.

Ces 10 cas ne représentent pas 10 observations individuelles mais bien 10 traitements appliqués. Ainsi tel malade opéré une première fois par un procédé défectueux a été opéré une deuxième fois et a été guéri par le procédé radical que nous conseillons. Nous préférons faire de son observation deux observations distinctes pour bien en faire ressortir le premier échec et le succès final.

De même nous ne croyons pas devoir donner pour chaque malade l'observation générale complète. Nous la limitons à ce qui a trait à l'ongle incarné et à son opération.

OBSERVATION I

Cette observation est la nôtre. Elle est en quelque sorte la cause de notre thèse.

Au cours de nos études de médecine, nous commençâmes à souffrir d'un ongle incarné, au gros orteil gauche. Nous supportâmes des douleurs vives jusqu'au jour où, après avoir fait tout pour éviter une opération, nous priâmes un interne, de nos amis de nous soulager.

Notre ami se contenta de soulever le bourrelet fongueux et de le séparer de l'ongle après avoir excisé celui-ci. Nous fûmes soulagé mais au bout de 3 semaines environ l'ongle, en repoussant, avait à nouveau pénétré dans les chairs par la

partie pointue de la section et avait remis l'orteil dans son état précédant l'opération.

Ce traitement médical a été absolument insuffisant.

OBSERVATION II

Ayant connu un cas analogue, survenu à la jeune fille d'un, de nos amis, docteur à Paris, cas qui ne fut guéri que par l'ablation complète de l'ongle suivie de l'excision des bourrelets de la dissection du derme unguéal, nous ne voulûmes pas céder aux conseils de l'interne qui, une première fois, nous avait soigné et comme il se trouvait dans un service de chirurgie, il voulut bien faire la *cure radicale* de notre ongle incarné. Après une anesthésie locale, aux moyens de 3 piqûres de cocaïne (ce qui nous insensibilisa complètement), l'opération fut faite comme nous le désirions et 3 semaines après nous pouvions nous chausser et sortir. L'ongle n'a pas repoussé.

L'opération remonte à 2 ans 1/2.

Ce procédé qui rappela le procédé Quénu mais augmenté de la dissection du lambeau inférieur de la gouttière rétro-unguéale, nous a donné un résultat excellent.

OBSERVATION III

Madeleine B..., âgée de 13 ans, fille d'un docteur de Paris, a toujours souffert d'un ongle du pied gauche. Très impressionnable elle préférerait souffrir plutôt que d'avouer sa souff-

france. Cependant ayant été mise en pension, son caractère changea, sa santé s'altéra. Elle finit par faire connaître qu'elle souffrait tellement qu'elle ne pouvait plus prendre part aux jeux avec ses compagnes, que son appétit avait diminué. Elle montra son pied et son père constata un ongle incarné avec fongosités sanieuses. On décida l'opération. Elle fut faite par le procédé de Dupuytren après anesthésie par le chlorure d'éthyle. Les bourrelets furent excisés, mais on ne toucha pas au derme unguéal. Il y eut un soulagement apparent pendant deux mois mais l'ongle repoussa et lorsqu'ils eut atteint la moitié environ de sa longueur, les douleurs réapparurent et une nouvelle opération fut décidée.

Procédé de Dupuytren : résultat mauvais.

OBSERVATION IV

Cette opération faite 7 mois 1/2 après la première fut pratiquée par le père de la petite malade. Après anesthésie à la cocaïne. On excisa les bourrelets et on disséqua toute la partie du derme rétro-unguéal, lambeau supérieur et lambeau inférieur.

L'ongle n'a jamais repoussé et la jeune fille se porte à merveille ayant repris sa force, son appétit et sa santé.

Procédé : ablation, excision des parties malades et dissection de la matrice de l'ongle : résultat très heureux.

OBSERVATION V

Le frère de la jeune fille dont il est question dans l'observation ci-dessus s'étant plaint après les marches un peu lon-

gues, d'éprouver de la douleur du côté de son orteil gauche, on fit en sorte de lui éviter les souffrances qu'avait supportées sa sœur et de le mettre à l'abri d'opérations aussi désagréables. On lui fit faire des chaussures à bouts larges, chaque matin, on lui donna un bain de pied et les ongles furent taillés régulièrement carrés.

Depuis 5 ans que le jeune homme va au lycée Montaigne il n'a pas vu son état s'aggraver et l'ongle ne menace plus de s'incarner. Les deux parties latérales des parties molles ne présentent pas de bourrelet volumineux. Il est tout à fait à l'abri de l'ongle incarné.

Traitement prophylactique : Résultat excellent.

OBSERVATION VI

Emile P., un de nos amis et camarade d'études, avait depuis longtemps cessé de participer à nos promenades. Nous le voyions au restaurant, à l'hôpital, mais ne venait jamais le dimanche, à la campagne avec nous. La difficulté qu'il éprouvait pour marcher en était la cause. Malgré nos conseils et *mon observation*, il n'avait jamais voulu se soumettre à un traitement autre que le traitement médical.

Il passait chaque matin plus d'une heure pour se baigner les pieds, se cautériser l'ulcération de son bourrelet avec du nitrate d'argent et à intercaler au-dessous de la partie inflammée, un morceau de gaze salolée. Ce traitement a duré plus de 18 mois.

Procédé exclusivement médical : résultat nul.

OBSERVATION VII

Au début de cette année scolaire, le 16 octobre, notre ami se décida à se faire opérer et pria le D^r B..., père de la jeune fille dont nous avons parlé plus haut de lui faire l'opération qu'il avait faite à sa fille. Elle fut pratiquée par les mêmes moyens et fut suivie du même résultat très heureux. Notre ami a pu accompagner, il y a 15 jours, 3 semaines exactement après l'opération, à Versailles, sa famille qui était venue le voir.

Procédé : Cure radicale par dissection du derme unguéal, après ablation complète de l'ongle : résultat très heureux.

OBSERVATION VIII

Marcelle B..., blanchisseuse, obligée par sa profession à rester debout, avait vu ses deux orteils menacés de s'incarner. Elle voulut bien me confier le soin de la guérison.

Comme il n'y avait aucune tuméfaction des bourrelets latéraux, j'e me contentai de lui conseiller de porter de larges chaussures, et de prendre chaque matin un bain de pied. Depuis près de 6 mois, elle ne souffre plus de ses pieds.

Traitement prophylatique. Résultat excellent.

OBSERVATION IX.

Nous avons eu l'occasion de voir et d'opérer avec notre frère, docteur en province, un petit garçon de 14 ans. Le procédé employé fut celui de Dupuytren : ablation partielle de l'ongle et pansement des fongosités.

Quatre mois après l'ongle avait repoussé et s'était incarné à nouveau, mais le petit malade ne voulut jamais se soumettre à une opération. Nous l'avons perdu de vue.

Procédé chirurgical incomplet : résultat défavorable.

OBSERVATION X

Nous terminons par l'observation d'une jeune femme de 23 ans qui a été opérée dans le service de M. Peyrot à Lariboisière.

Ce jeune homme, ouvrier mécanicien avait depuis de longues années un ongle incarné qui ne le faisait souffrir que les jours où il était obligé de se chausser avec des souliers. Les jours sur semaines, il pouvait travailler en pantoufles, dans son atelier, et supportait assez facilement les douleurs qui, du reste, étaient atténuées, son pied n'étant pas comprimé.

Il arriva cependant un jour où il se décida à se faire opérer : les fongosités étaient tellement considérables et embras-

saient l'ongle d'une façon tellement complète que l'interne qui fit l'opération fut d'avis de *détruire complètement le derme péri-unguéal en entier*. Nous croyons que c'est à cette circonstance que le malade dut ne pas avoir de récurrence. Quatre mois en effet après l'opération, il revint à la consultation pour une plaie de la main, et on regarda son orteil. La cautérisation depuis longtemps était faite et l'ongle n'était pas repoussé.

Procédé radical : destruction du derme après ablation de l'ongle : résultats très heureux.

CONCLUSIONS

1° On peut empêcher, par des soins hygiéniques du pied, la production de l'ongle incarné.

2° Le traitement purement médical ne donne que très rarement un résultat favorable et encore n'est-il pas absolument permanent.

3° Le seul traitement logique et véritablement curatif consiste dans *l'ablation complète* de l'ongle, suivie de *l'excision complète* des parties dermiques péri et rétro-unguéales.

Vu par le Président de la thèse

TILLAUX

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	7
Considérations anatomiques de l'ongle.	10
Etiologie de l'ongle incarné.	17
Symptomatologie	23
Traitement	25
<i>a.</i> — Prophylactique.	25
<i>b.</i> — Médical.	26
<i>c.</i> — Chirurgical.	27
OBSERVATIONS	38
CONCLUSION	46
TABLE DES MATIÈRES.	47

